

**TỶ LỆ BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÀ MỘT SỐ
YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG NĂM 2021-2022**

Trần Thị Thùy Linh¹, Trần Ngọc Dung²

1. Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: tranthuylinh74@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, gây ra nhiều biến chứng, trong đó, biến chứng thần kinh ngoại biên (TKNB) là thường gặp và xuất hiện sớm. Thăm dò điện sinh lý thông qua hai kỹ thuật chính là ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là phương pháp có nhiều ưu điểm trong việc phát hiện sớm các tổn thương thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên phát hiện ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ týp 2 điều trị tại Phòng khám Nội tiết – Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang. Phát hiện các tổn thương thần kinh ngoại biên bằng cách đo điện cơ tại Khoa thăm dò chức năng của bệnh viện. **Kết quả:** Tỷ lệ

bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có biến chứng thần kinh ngoại biên là 58,1% (72/124 bệnh nhân). Các biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTD có liên quan với thời gian mắc bệnh (OR=3,03; KTC95%: 1,04-6,53), hút thuốc lá (OR=2,98; KTC95%: 1,32-6,71), tăng huyết áp (OR=2,38, KTC95%:1,05-5,37), nồng độ đường huyết đói (OR=2,16; KTC95%:1,03-4,49) và HbA1c (OR=2,19, KTC95%:1,00-4,76); với p đều <0,05. **Kết luận:** tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTD týp 2 chiếm tỷ lệ cao (58,1%). Thời gian mắc bệnh lâu, hút thuốc lá, tăng huyết áp, kiểm soát đường huyết đói và HbA1c kém là các yếu tố làm thúc đẩy nhanh biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTD týp 2.

Từ khoá: đái tháo đường týp 2, biến chứng thần kinh ngoại biên

ABSTRACT

THE PREVALENCE OF PERIPHERAL NEUROPATHY AND SOME RELATED FACTORS ON DIABETES PATIENTS AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021-2022

Tran Thi Thuy Linh¹, Tran Ngoc Dung²

1. Kien Giang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Diabetes mellitus (DM) is a common disease in around the world, causing many complications, in which, the peripheral neuropathy complication is common and appear early. Electrophysiological examination through two main techniques, electromyography and nerve conduction velocity measurement have been the method having many advantages for examining and detecting peripheral nerve damage. **Objectives:** to define the prevalence of peripheral neuropathy and some factor related to complications of on diabetes patients at Kien Giang General Hospital, 2021-2022. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was carried out of 124 diabetes patients hospitalizing at Endocrinology-Musculoskeletal Clinic, Kien Giang General Hospital. The peripheral neuropathy have been detected by electromechanical measurement at the Department of Diagnostic Imaging of the hospital. **Results:** The rate of diabetes type 2 patient who had peripheral neuropathy complications are 58.1% (72/124 patients). The peripheral neuropathy complications had related to duration of diabetes disease (OR=3.03 and 95% CI: 1.04-6.53), smoking (OR=2.98 and 95% CI: 1.32-6.71), high blood pressure (OR=2.38 and 95% CI:1.05-5.37), fasting blood glucose levels (OR=2.16 and 95% CI: 1.03-4.49) and HbA1c levels OR=2.19 and 95% CI: 1.00-4.76) (p<0.05). **Conclusion:** The rate of peripheral neuropathy complications was rather high in diabetes patients. This complications related to the duration of disease, smoking habit, hypertension, levels of fasting blood glucose and HbA1c in diabetes type 2 patients.

Keyword: diabetes type 2, peripheral neuropathy complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý mạn tính gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Trong đó, biến chứng thần kinh ngoại biên là biến chứng rất thường gặp, xuất hiện sớm và các biểu hiện lâm sàng của tổn thương đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Sự xuất hiện của các biến chứng TKNB làm giảm trầm trọng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện của những biến chứng khác trên bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng TKNB do ĐTD týp 2 dao động từ 5-60% tùy theo phương pháp phát hiện và tiêu chuẩn chẩn đoán [8],[9].

Ngày nay với sự tiến bộ mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật, thăm dò điện sinh lý thông qua hai kỹ thuật chính là ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là phương pháp có

nhiều ưu điểm trong việc khám, phát hiện tổn thương TKNB ở tất cả các bệnh nhân có tổn thương thần kinh nói chung và ở người đái tháo đường nói riêng [10].

Hiện nay, chưa có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh thần kinh ngoại biên trên bệnh đái tháo đường týp 2 tại Kiên Giang. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài: “Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên và một số yếu tố liên quan ở nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ các loại biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTD týp 2, đến khám và điều trị tại Phòng khám Nội tiết – Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2021 đến năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân ĐTD týp 2 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2020 dựa vào 1 trong 2 tiêu chí sau [7]:

+ Tiêu chí 1: glucose huyết tương lúc đói $\geq 126\text{mg/dL}$ ($\geq 7,0\text{mmol/L}$).

+ Tiêu chí 2: HbA1c $\geq 6,5\%$.

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD týp 2 và đang được kiểm soát đường huyết bằng thuốc hạ đường huyết.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đái tháo đường týp 1, đái tháo đường thai kỳ.

- Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có kèm các bệnh lý sau:

+ Đang bị các biến chứng cấp tính như nhiễm ceton acid, tăng áp lực thẩm thấu, loét hoặc nhiễm trùng bàn chân, biến chứng thần kinh trung ương.

+ Suy thận mạn với độ lọc cầu thận $< 50\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$.

+ Bệnh nhân có bệnh lý ác tính (ung thư), bệnh về máu...

- Bệnh nhân cắt cụt chi.

- Bệnh nhân nghiện rượu: người bệnh sử dụng rượu, bia hàng ngày với lượng uống từ 330mL bia hoặc 120mL rượu vang hoặc 30mL rượu mạnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Phòng khám Nội tiết – Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2021 đến năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu. α : mức ý nghĩa = 0,05.

d: sai số tương đối cho phép = 0,09.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 0,385$ (theo tác giả Nguyễn Văn Bọt ghi nhận tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 là 38,5%) [2].

Thay số liệu vào công thức, chúng tôi tính được:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,385 \times (1-0,385)}{0,09^2} = 112,2$$

Thực tế, chúng tôi thu được 124 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân chẩn đoán ĐTĐ tít 2 thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh thì đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Tỷ lệ các biến chứng TKNB: xác định các rối loạn dẫn truyền TKNB thông qua kỹ thuật đo điện cơ tại Khoa thăm dò chức năng của bệnh viện. Đánh giá kết quả khảo sát dựa vào các chỉ số của Preston D.C. và Shapiro B.E. năm 2005 [15].

Bảng 1. Giá trị bình thường của dẫn truyền thần kinh vận động

Các khảo sát	Thần kinh giữa	Thần kinh trụ	Thần kinh chày
Thời gian tiềm vận động (DML)	<4,4ms	<3,3ms	<5,8ms
Biên độ CMAP (amplitude)	>4,0mV	>6,0mV	>4,0mV
Tốc độ dẫn truyền vận động (MCV)	>49,0m/s	>49,0m/s	>41,0m/s
Sóng F	<31,0ms	<32,0ms	<56,0ms

Bảng 2. Giá trị bình thường của dẫn truyền thần kinh cảm giác

Các khảo sát	Thần kinh giữa	Thần kinh trụ	Thần kinh mác nông
Thời gian tiềm cảm giác (DSL)	<3,5ms	<3,1ms	<4,4ms
Biên độ SNAP (amplitude)	>20,0μV	>17,0μV	>6,0μV
Tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV)	>50,0m/s	>50,0m/s	>40,0m/s

- Đánh giá kết quả dẫn truyền thần kinh:

+ Giảm tốc độ dẫn truyền và kéo dài thời kỳ tiềm tàng: phản ánh tổn thương myelin.

+ Giảm biên độ các đáp ứng: thể hiện tổn thương sợi trục.

+ Giảm tốc độ dẫn truyền và kéo dài thời kỳ tiềm tàng và giảm biên độ các đáp ứng: thể hiện tổn thương hỗn hợp [1].

- Một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2: thời gian bệnh ĐTĐ tít 2, hút thuốc lá, thừa cân - béo phì (chỉ số khối cơ thể $\geq 23\text{kg/m}^2$), không rèn luyện thể lực (có rèn luyện thể lực khi bệnh nhân đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày) ít nhất 5 ngày), tăng huyết áp (khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ ít nhất 2 lần đo hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp, nồng độ đường huyết đói kiểm soát kém ($>7,2\text{mmol/L}$) và nồng độ HbA1c kém ($>7,0\%$).

Phương pháp thu thập mẫu

Khám lâm sàng, đo điện cơ, xét nghiệm đường huyết đói và HbA1c.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích 124 trường hợp bệnh ĐTĐ tít 2, chúng tôi ghi nhận kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2	Tần số (n=124)	Tỷ lệ (%)
Có	72	58,1
Không	42	41,9
Tổng	124	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chiếm 58,1% (72/124).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương thần kinh ngoại biên

Đặc điểm tổn thương thần kinh ngoại biên	Tần số (n=72)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương sợi trục	44	61,1
Tổn thương hủy myelin	20	27,8
Tổn thương hỗn hợp	8	11,1
Tổng	72	100

Nhận xét: Bệnh nhân ĐTD típ 2 có biến chứng TKNB thì đặc điểm tổn thương sợi trục chiếm tỷ lệ cao nhất 61,1%, 27,8% tổn thương hủy myelin và 11,1% tổn thương hỗn hợp.

Bảng 5. Đặc điểm bất thường điện cơ kim ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương TKNB

Đặc điểm bất thường điện cơ kim	Tần số (n=72)	Tỷ lệ (%)
Có điện thế đâm kim	46	63,9
Có sóng nhọn dương	42	58,3
Xuất hiện điện thế tự phát	61	84,7
Điện thế đơn vị vận động lớn hơn xuất hiện	66	91,8
Kết tập giảm	65	90,3

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ĐTD típ 2 có biến chứng thần kinh ngoại biên có xuất hiện điện thế tự phát, điện thế đơn vị vận động lớn hơn xuất hiện và có kết tập giảm với tỷ lệ lần lượt là 84,7%, 91,8% và 90,3%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến thất bại với biến chứng thần kinh ngoại biên

Yếu tố liên quan		Biến chứng thần kinh ngoại biên		P	OR (CI 95%)
		Có	Không		
Nhóm tuổi	≥60 tuổi	34 (53,1)	30 (46,9)	0,250	0,65 (0,32-1,34)
	<60 tuổi	38 (63,3)	22 (36,7)		
Giới tính	Nam	36 (61,0)	23 (39,0)	0,526	1,26 (0,61-2,58)
	Nữ	36 (55,4)	29 (44,6)		
Thời gian mắc bệnh	>10 năm	38 (73,1)	14 (26,9)	0,004	3,03 (1,04-6,53)
	≤10 năm	34 (47,2)	38 (52,8)		
Thừa cân - Béo phì	Có	51 (62,2)	31 (37,8)	0,193	1,64 (0,77-3,48)
	Không	21 (50,0)	21 (50,0)		
Hút thuốc lá	Có	32 (74,4)	11 (25,6)	0,007	2,98 (1,32-6,71)
	Không	40 (49,4)	41 (50,6)		

Yếu tố liên quan		Biến chứng thần kinh ngoại biên		P	OR (CI 95%)
		Có	Không		
Hoạt động thể lực	Không	50 (61,7)	31 (38,3)	0,256	1,54 (0,72-3,25)
	Có	22 (51,2)	21 (48,8)		
Tăng huyết áp	Có	58 (63,7)	33 (36,3)	0,034	2,38 (1,05-5,37)
	Không	14 (42,4)	19 (57,6)		
Đường huyết đói	Không đạt	48 (65,8)	25 (34,2)	0,038	2,16 (1,03-4,49)
	Đạt	24 (47,1)	27 (52,9)		
HbA1c	Không đạt	55 (64,0)	31 (36,0)	0,046	2,19 (1,00-4,76)
	Đạt	17 (44,7)	21 (55,3)		

Nhận xét: Không tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng TKNB với nhóm tuổi, giới tính, thừa cân – béo phì, hoạt động thể lực của bệnh nhân đái tháo đường, với p đều >0,05. Các yếu tố: thời gian mắc bệnh lâu, tăng huyết áp, kiểm soát đường huyết lúc đói và HbA1c kém liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự xuất hiện biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2, với p đều <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2

Chúng tôi ghi nhận có hơn phân nửa bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có biến chứng thần kinh ngoại biên, chiếm tỷ lệ 58,1%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mai Hòa (2008) với tỷ lệ biến chứng TKNB là 60,0% [4], nghiên cứu của Trần Thanh Tùng có tỷ lệ biến chứng TKNB là 68,5% [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Bọt với tỷ lệ là 38,5% [2], Lu Y: 26,71% [14], Khawaja N: 39,5% [11], Le TD :26,6% [12]. Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 giữa các nghiên cứu, theo chúng tôi có thể do sự khác nhau về phương pháp chẩn đoán bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán biến chứng TKNB cao là do chúng tôi chủ yếu dùng phương pháp điện sinh lý để chẩn đoán bệnh, trong khi nghiên cứu của các tác giả khác sử dụng phương pháp chẩn đoán chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng để chẩn đoán. Điều này cho thấy, để phát hiện sớm và điều trị kịp thời biến chứng TKNB, nên tầm soát sớm bệnh nhân đái tháo đường tít 2 bằng phương pháp điện sinh lý.

Về đặc điểm tổn thương thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 có bệnh TKNB ghi nhận tổn thương sợi trục chiếm tỷ lệ cao nhất 61,1%, 27,8% tổn thương hủy myelin và 11,1% tổn thương hỗn hợp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Quốc Khương (2020) [5] và Lương Thanh Điền (2016) [3].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 chúng tôi ghi nhận:

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 với thời gian mắc bệnh kéo dài, có thói quen hút thuốc lá, bệnh nhân có kèm tăng huyết áp và kiểm soát đường huyết lúc đói, HbA1c không tốt (p đều <0,05): Bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có thời gian mắc bệnh >10 năm có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn gấp 3,03 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤10 năm (73,1% so với 47,2% với OR: 3,03, CI 95%: 1,04-6,53, p<0,05); bệnh nhân có thói quen hút thuốc lá có nguy cơ mắc biến chứng TKNB cao hơn 2,98 lần so với bệnh nhân ĐTĐ không hút thuốc lá

(74,4% so với 49,4% với OR: 2,98, CI 95%: 1,32-6,71, $p<0,05$); bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có kèm tăng huyết áp có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn 4,6 lần so với bệnh nhân không tăng huyết áp (63,7% so với 42,4%, với OR: 4,571, CI 95%: 1,05-5,37, $p<0,05$); bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn gấp 4,3 lần so với bệnh nhân kiểm soát đường huyết tốt (65,8% so với 47,1%, với OR: 4,309, CI 95%: 2,16-4,49, $p<0,05$); tương tự, bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có kiểm soát HbA1c kém có nguy cơ mắc biến chứng TKNB cao hơn gấp 2,19 lần so với bệnh nhân có kiểm soát HbA1c tốt (64,0% so với 44,7%, với OR: 2,19, CI 95%: 1,00-4,76, $p<0,05$).

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận bệnh nhân ở nhóm tuổi ≥ 60 có biến chứng thần kinh ngoại biên thấp hơn so với bệnh nhân ở nhóm tuổi <60 , với tỷ lệ lần lượt là 53,1% và 63,3%. Bệnh nhân nam giới có biến chứng thần kinh ngoại biên chiếm 61,0%, cao hơn số bệnh nhân là nữ giới có biến chứng thần kinh ngoại biên (55,4%), bệnh nhân có thừa cân - béo phì tỷ lệ biến chứng TKNB cao hơn bệnh nhân không thừa cân - béo phì; bệnh nhân không hoạt động thể lực thường xuyên có tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn bệnh nhân có hoạt động thể lực thường xuyên với tỷ lệ lần lượt là 61,7% và 51,2%. Tuy nhiên, các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p đều $>0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Nguyễn Văn Bọt và cộng sự nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 122 bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Ghi nhận các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến biến chứng TKNB là: tuổi bệnh nhân ($p=0,03$, $\lambda_2=13,7$); thời gian mắc bệnh đái tháo đường ($p=0,0002$, $\lambda_2=9,79$); kiểm soát đường huyết kém ($p=0,014$, $\lambda_2=8,5$); kiểm soát HbA1c kém ($p=0,02$, $\lambda_2=7,67$); hoạt động thể lực không thường xuyên ($p=0,001$, OR=10,5); tăng huyết áp kèm theo ($p=0,001$, OR=3,7). Từ đó, tác giả đưa ra kết luận như sau: thời gian mắc ĐTĐ lâu năm, ít hoạt động thể lực, tăng huyết áp kèm theo và kiểm soát đường huyết chưa tốt là các yếu tố làm thúc đẩy nhanh biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 [2].

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích của Trần Thanh Tùng trên 260 bệnh nhân ĐTĐ týp 2, từ 40-69 tuổi đến điều trị tại khoa Khám, Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 02/2019 đến tháng 05/2020, ghi nhận các yếu tố bệnh nhân nữ, thói quen uống rượu bia, không ăn rau, cá thường xuyên có liên quan đến biến chứng TKNB, với các OR lần lượt là 1,972; 2,354; 3,039 và 3,333 lần. Ngoài ra, yếu tố tiền sử gia đình mắc bệnh TKNB và không kiểm soát đường huyết tốt có nguy cơ mắc biến chứng TKNB cao hơn 4,5 và 3,295 lần so với bệnh nhân còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan giữa biến chứng TKNB do ĐTĐ với tuổi, nơi cư trú, kinh tế, thói quen ăn mặn và hoạt động thể lực với $p>0,05$ [6].

Liu XX và cộng sự nghiên cứu trên 12.116 trường hợp ĐTĐ týp 2, cũng ghi nhận biến chứng TKNB có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh ĐTĐ týp 2, tuổi, kết quả kiểm soát HbA1c và không liên quan với các yếu tố: chỉ số khối cơ thể, hút thuốc lá, nồng độ triglycerid và cholesterol toàn phần [13].

Để giải thích mối liên quan giữa các yếu tố với sự xuất hiện biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ). Các y văn ghi nhận rằng tình trạng đường huyết tăng cao làm tổn thương bao thần kinh, giảm vận tốc dẫn truyền thần kinh. Tổn thương dây thần kinh và mạch máu là 2 yếu tố chính đưa đến biến chứng tổn thương TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ. Ngoài ra, các mạch máu nhỏ nuôi thần kinh bị tổn thương làm sự cung cấp oxygen và các chất dinh dưỡng cho dây thần kinh bị suy giảm. Nhiều nghiên

cứu trên thế giới đã chứng minh, tuổi bệnh nhân, thời gian mắc bệnh ĐTĐ týp 2, hút thuốc lá, tăng huyết áp, không hoạt động thể lực, béo phì, rối loạn lipid máu và đặc biệt là kiểm soát đường huyết kém là những yếu tố nguy cơ gây nên biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 chiếm tỷ lệ khá cao (58,1%). Thời gian mắc bệnh kéo dài, thói quen hút thuốc lá, tăng huyết áp, kiểm soát đường huyết lúc đói và HbA1c kém là các yếu tố làm thúc đẩy nhanh biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế(2016), *Quyết định: Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh”* Quyết định số 3154/QĐ-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2014, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Văn Bọt, Trần Ngọc Dung, Đoàn Thị Kim Châu(2016), Nghiên cứu bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, số 6, tr.9-13.
3. Lương Thanh Điền(2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số bất thường điện sinh lý thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Mai Hòa(2008), Khảo sát điện cơ trên bệnh nhân đái tháo đường mãn tính, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (1), tr.352–358.
5. Võ Quốc Khương, Lê Thị Kim Định, Lê Văn Minh, Nguyễn Văn Khoeo(2020), Đặc điểm lâm sàng, điện cơ và đánh giá kết quả điều trị giảm đau bệnh thần kinh ngoại biên đái tháo đường týp 2 bằng Pregabalin tại Bệnh viện Tim Mạch Thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 30, tr.88-95.
6. Trần Thanh Tùng, Lê Thành Tài, Nguyễn Minh Phương(2020), Nghiên cứu tình hình và các yếu tố liên quan đến bệnh thần kinh ngoại biên trên người bệnh đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bạc Liêu năm 2019-2020, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 32, tr.8-15.
7. American Diabetes Association(2020), Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018 American Diabetes Association, *Diabetes Care*, 43 (Supplement 1), pp.S14–S31.
8. Cole J.B., Florez J.C.(2020), Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications, *Nat Rev Nephrol*, 16 (7), pp. 377-390.
9. Hicks C.W., Selvin E.(2019), Epidemiology of Peripheral Neuropathy and Lower Extremity Disease in Diabetes, *Curr Diab Rep*, 19 (10), pp. 1-8.
10. Javed S, Hayat T, Et al(2019), Diabetic peripheral neuropathy in people with type 2 diabetes: too little too late, *Diabet Med*, 37 (4), pp. 573-579.
11. Khawaja N, Abu-Shennar J, Et al(2018), The prevalence and risk factors of peripheral neuropathy among patients with type 2 diabetes mellitus; the case of Jordan, *Diabetol Metab Syndr*, 10 (8), pp.1-10.
12. Le TD, Nguyen NPT, Et al(2022), Diabetic Peripheral Neuropathy Associated with Cardiovascular Risk Factors and Glucagon-Like Peptide-1 Concentrations Among Newly Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, *Diabetes Metab Syndr Obes*, 15, pp.35-44.
13. Liu X.X., Xu Y., et. al.(2019), The risk factors for diabetic peripheral neuropathy: A meta-analysis, *PLoS One*, 14 (2), pp. 1-16.
14. Lu Y, Xing P, Et al(2020), Prevalence and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Type 2 Diabetic Patients From 14 Countries: Estimates of the INTERPRET-DD Study, *Prevalence for Diabetic Peripheral Neuropathy*, 8, pp.1-8.

15. Preston DC, Shapiro BE(2005), Electromyography and neuromuscular disorders: Clinical-electrophysiologic correlations, Butterworth-Heinemann, 2nd edition.

(Ngày nhận bài: 26/7/2022 – Ngày duyệt đăng: 06/9/2022)
